





介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 ( 歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____ ) 入所希望者宅までの所要時間 ( _____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ( _____ ) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 ( _____ ) ・要入院加療 ( _____ か月程度・病名 _____ )						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 障害有 ( _____ 級・障害の種類: _____ )						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)						
介護協力者の有無	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病(付添)の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる ( _____ 級・種類: _____ )						
		<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない						

申込に必要な書類

- ※申込書に添えて提出する書類
1. 入居希望者の介護保険被保険者証 (写)
  2. 直近のサービス利用票及び別表 (写) ……在宅で生活されている方のみ提出
  3. 入居希望者の身体機能や病気の状態がわかるもの……フェイスシート等

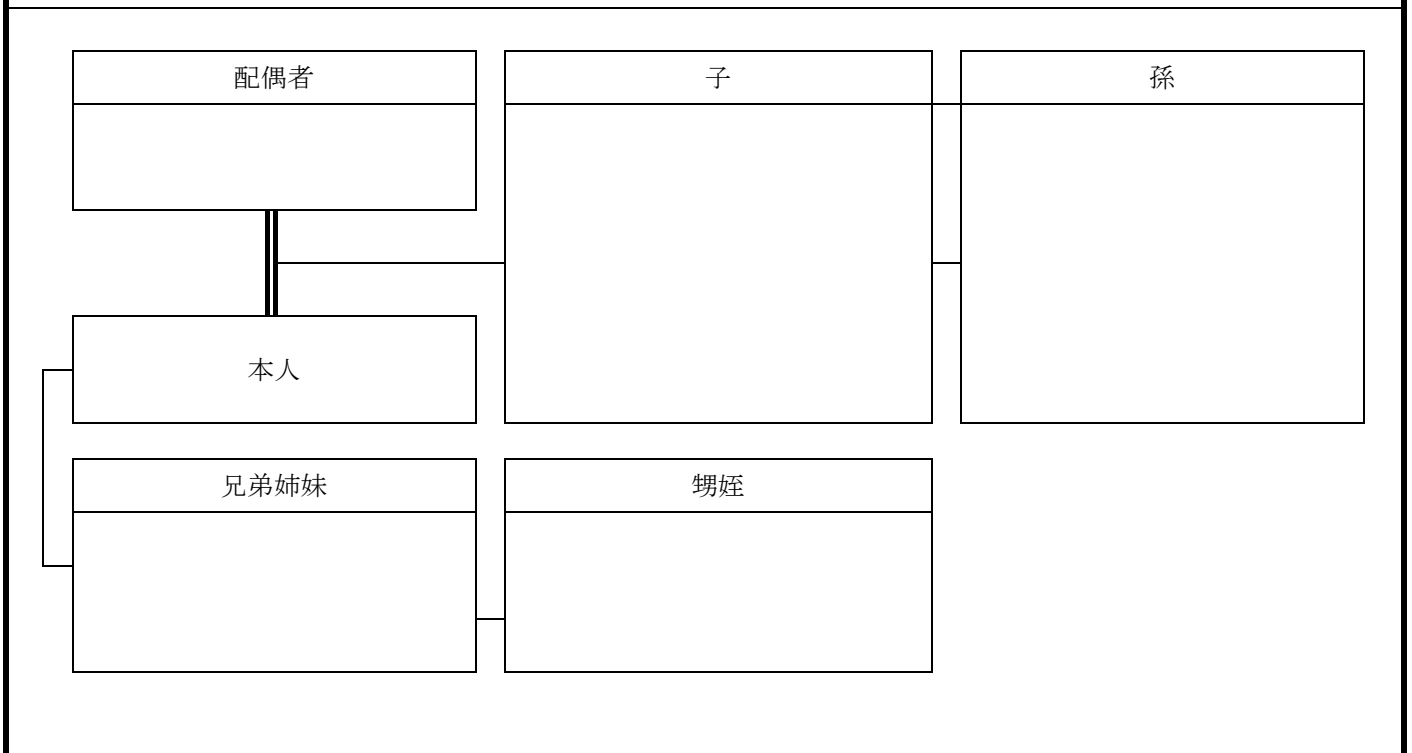
施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入居希望者本人については記入不要です。）

氏名		生年 月日	明・大・昭・平	続柄	
			年 月 日	就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平	続柄	
			年 月 日	就労状況	
氏名		生年 月日	明・大・昭・平	続柄	
			年 月 日	就労状況	

近親者の状況



# 変 更 届

社会福祉法人 紫水会  
 オーネスト杜若 施設長 様

申込日	受付者
平成 年 月 日	

先に提出した「ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込書（特別養護老人ホーム）」の内容に変更がありましたので届け出ます。

入居希望者氏名			変更届出年月日： 平成 年 月 日				
要介護度	( 1 ・ 2 ) 3 ・ 4 ・ 5						
住 所	〒 _____ (TEL _____ )						
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設または病院に入っている 施設又は病院名 ( _____ ) 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)						
特別な医療的対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
認知症等による行動・心理症状 <small>(行動・心理症状の起きる頻度にもレ印を付けてください)</small>	<input type="checkbox"/> 該当なし						
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> そ の 他 ( _____ )						
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度						
介護者の状況	ふりがな		性 男	生年	明・大・昭	続	
	氏 名		別 女	月日	年 月 日	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所： _____ ) 入所希望者宅までの所要時間 ( _____ 分)					
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)					
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中 (病名： _____ ) ・入院していないが継続的な治療を要する (病名： _____ ) ・要入院加療 ( _____ カ月程度・病名： _____ )					
	身体状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 障害有 ( _____ 級・障害の種類： _____ )					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 1 ・ 2    要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )					
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる ( _____ 級・種類： _____ )						
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない						

※変更があった箇所のみご記入ください。

特別養護老人ホーム オーネスト杜若 ユニット型個室料金表

1日あたり		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費 (1割)		758 円	831 円	910 円	983 円	1,057 円
介護サービス費 (2割)		1,516 円	1,662 円	1,820 円	1,966 円	2,114 円
食事負担額  (保険外)	負担額 第1段階	¥300				
	負担額 第2段階	¥390				
	負担額 第3段階	¥650				
	負担額 第4段階	¥1,380				
居住費  (保険外)	負担額 第1段階	¥820				
	負担額 第2段階	¥820				
	負担額 第3段階	¥1,310				
	負担額 第4段階	¥2,300				
合計負担額	負担額 第1段階	1,878 円	1,951 円	2,030 円	2,103 円	2,177 円
	負担額 第2段階	1,968 円	2,041 円	2,120 円	2,193 円	2,267 円
	負担額 第3段階	2,718 円	2,791 円	2,870 円	2,943 円	3,017 円
	第4段階 (1割負担)	4,438 円	4,511 円	4,590 円	4,663 円	4,737 円
	第4段階 (2割負担)	5,196 円	5,342 円	5,500 円	5,646 円	5,794 円

※介護サービス費については地域区分（刈谷市）6級地、1単位の単価が10.27円が適用されます。

- ・算定加算：□日常生活継続支援Ⅱ □サービス提供体制強化Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ ■看護体制Ⅰ ■Ⅱ ■夜勤職員配置  
■個別機能訓練 ■栄養マネジメント ■処遇改善加算Ⅰ □口腔衛生管理 □口腔衛生管理体制
- ・該当者のみ初期加算、外泊時加算、経口移行加算、経口維持加算、療養食加算、看取り介護加算など算定されます。

特別養護老人ホーム オーネスト杜若 ユニット型個室料金表

30日あたり		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計負担額	負担額第1段階	56,324 円	58,526 円	60,895 円	63,097 円	65,300 円
	負担額第2段階	59,024 円	61,226 円	63,595 円	65,797 円	68,000 円
	負担額第3段階	81,524 円	83,726 円	86,095 円	88,297 円	90,500 円
	第4段階(1割負担)	133,124 円	135,326 円	137,695 円	139,897 円	142,100 円
	第4段階(2割負担)	155,847 円	160,251 円	164,989 円	169,393 円	173,799 円

31日あたり		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計負担額	負担額第1段階	58,201 円	60,477 円	62,925 円	65,201 円	67,476 円
	負担額第2段階	60,991 円	63,267 円	65,715 円	67,991 円	70,266 円
	負担額第3段階	84,241 円	86,517 円	88,965 円	91,241 円	93,516 円
	第4段階(1割負担)	137,561 円	139,837 円	142,285 円	144,561 円	146,836 円
	第4段階(2割負担)	161,041 円	165,593 円	170,489 円	175,041 円	179,591 円

※介護サービス費については地域区分（刈谷市）6級地、1単位の単価が10.27円が適用されます。

- ・算定加算：日常生活継続支援Ⅱ サービス提供体制強化Ⅰ Ⅱ Ⅲ 看護体制Ⅰ Ⅱ 夜勤職員配置  
個別機能訓練 栄養マネジメント 処遇改善加算Ⅰ 口腔衛生管理 口腔衛生管理体制
- ・該当者のみ初期加算、外泊時加算、経口移行加算、経口維持加算、療養食加算、看取り介護加算など算定されます。詳細は別紙『料金一覧表』を参照して下さい。
- ・自己負担額は市町村が発行する『介護保険負担割合証』に記載されている割合に基づきます。
- ・第1段階～第3段階の減免適用を受けるには、市町村の発行する『介護保険負担限度額認定証』が必要となります。
- ・食費は1食以上提供した場合に日額を計上させていただきます。
- ・生活保護受給者の方のユニット施設ご利用については市町村の確認が必要となります。
- ・利用料金は法改正や経済情勢等により変更になることがあります。